**АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ СПЕЦИАЛИСТА**

**1.Фамилия, имя, отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. Дата рождения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Сведения об образовании** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*указываются уровень имеющегося образования (среднее, высшее), номер диплома и дата выдачи документа об образовании, наименование организации, выдавшей документ об образовании, специальность.*

Сведения о дополнительном профессиональном образовании, реквизиты документов о квалификации, включая номер и дату выдачи док-та о квалификации

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид образования | Реквизиты документов | Место обучения | Название цикла |
| *Повышение квалификации или переподготовка* |  |  |  |
| *Повышение квалификации или переподготовка* |  |  |  |

**4. Сведения о трудовой деятельности** (*указываются даты начала и окончания трудовой деятельности в мед. организации, в соответствующей должности* ***согласно номенклатуре должностей (приказ МЗ РФ №205н от 02.05.2023г.****), отделение, наименование организации-работодателя* ***строго в соответствии с записью в трудовой книжке****):*

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, наименование организации, местонахождение)

*Подпись работника кадровой службы М. П.*

**5. Стаж работы в медицинских или фармацевтических организациях \_\_\_\_ лет** *(общим медицинским стажем считается время работы на должностях средних медицинских работников в соответствии с записями в трудовой книжке);*

**6. Наименование специальности (должности), по которой проводится аттестация для получения квалификационной категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**7. Стаж работы по данной специальности (в данной должности) \_\_\_\_\_\_\_ лет** *(стаж по аттестуемой специальности суммируем в соответствии с записями в трудовой книжке, по последнему месту работы он должен быть не менее года (минимальный срок для написания отчета).*

**8. Сведения об имеющейся квалификационной категории по специальности (должности)** (*указываются имеющаяся квалификационная категория, наименование специальности(должности), по которой она присвоена, номер приказа и дата ее присвоения*

**9. Сведения об имеющихся квалификационных категориях по иным специальностям**

*(указываются имеющаяся квалификационная категория, наименование специальности(должности), по которой она присвоена, номер и дата ее присвоения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**10. Сведения об имеющихся ученых степенях и ученых званиях** *(указываются имеющиеся ученые степени, ученые звания и даты их присвоения)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**11. Сведения об имеющихся научных трудах (печатных**) *(указываются сведения только о печатных научных работах, включая наименование научной работы, дату и место публикации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**12. Сведения об имеющихся изобретениях, рационализаторских предложениях, патентах** *(указываются регистрационный номер и дата выдачи соответствующих удостоверений)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**13. Знание иностранного языка** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**14. Служебный адрес и рабочий (мобильный) телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**15. Почтовый адрес для осуществления переписки по вопросам аттестации с аттестационной комиссией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**16. Электронная почта ( при наличии):** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**17. Характеристика на специалиста** *(включает сведения о результативности профессиональной деятельности специалиста, его деловых и профессиональных качествах (в том числе оценка уровня ответственности, требовательности, имеющихся умений, практических навыков).*

**Согласовано: главная медицинская сестра\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (подпись) (Ф.И.О.)

**Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (подпись) (Ф.И.О.)

ПЕЧАТЬ

**18. Заключение аттестационной комиссии:**

Присвоить/Отказать в присвоении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квалификационную(-ой) категорию(-и)

 (высшая, первая, вторая)

по специальности (должности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. Протокол № \_\_\_\_\_\_\_\_ заседания Экспертной группы при

 БПОУ ВО «ВБМК»

Ответственный секретарь

Экспертной группы Артемова А.А.